RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

PROJET PILOTE POUR LES SERVICES PSYCHIATRIQUES AU NUNAVIK
ENTENTE DE SERVICES

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (CHUM)
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE

RAPPORT FINAL D'ÉVALUATION

Yvonne Streit

Service des études et de l'évaluation
Direction de l'information et de la planification

Janvier 2004

106-06196/

Disponible aux Services documentaires
(514) 286-5604

Prix : 7,00$

Ce document figure dans le site Internet de la Régie régionale
www.santemontreal.qc.ca

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2004

ISBN 2-89510-183-3

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES II

ABRÉVIATIONS IV

REMERCIEMENTS V

INTRODUCTION 1

1.1. ENTENTE DE SERVICES - PROJET PILOTE POUR LES SERVICES PSYCHIATRIQUES AU NUNAVIK ..2
1.1.1. Objectifs à réaliser *2*
1.1.2. Principes de base *2*
1.1.3. Responsabilités de chaque partenaire *3*

DÉMARCHE D'ÉVALUATION 5

2.1. MÉTHODOLOGIE 5
2.1.1. Indicateurs, questions et satisfaction *5*
2.2. SECONDE PHASE D'ÉVALUATION 7

ENTENTE DE SERVICES PSYCHIATRIQUES TRIPARTITE 9

3.1. PREMIER OBJECTIF : RÉSEAU EN SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK 10
3.1.1. Responsabilités rencontrées *10*
3.1.2. Responsabilité non rencontrée *11*
3.1.3. Indicateurs de suivi *12*
3.2. SECOND OBJECTIF : TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE AU NUNAVIK 13
3.2.1. Responsabilités rencontrées *13*
3.2.2. Responsabilités non rencontrées *14*
3.2.3. Indicateurs de suivi *17*
3.3. TROISIÈME OBJECTIF : SERVICE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE 18
3.3.1. Responsabilité rencontrée *18*
3.3.2. Responsabilités non rencontrées *18*
3.3.3. Indicateurs de suivi *20*
3.4. QUATRIÈME OBJECTIF : CONTINUITÉ DES SERVICES 21
3.4.1. Responsabilités rencontrées *21*
3.4.2. Responsabilités non rencontrées *22*
3.4.3. Indicateurs de suivi *23*
3.5. RÉCAPITULATIF DES RESPONSABILITÉS 23

CONCLUSION 25

BIBLIOGRAPHIE .....

ANNEXE I – RÉPARTITION DES RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES PAR OBJECTIF .....

ANNEXE II – POINTS SAILLANTS (novembre 2001 à décembre 2002).....

ANNEXE III - CONCEPT DE SERVICE.....

ANNEXE IV – RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE/ PSYCHIATRIE AU NUNAVIK.....

ABRÉVIATIONS

CH	Centre hospitalier
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal (réseau francophone) : inclut les hôpitaux Notre-Dame, St-Luc et Hôtel-Dieu
CUSM	Centre universitaire de santé de Montréal (réseau anglophone) : inclut les hôpitaux Royal Victoria, Général de Montréal et l'Institut thoracique
MNQ	Module du Nord québécois
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
RRSSS	Régie de la santé et des services sociaux

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier, pour leur disponibilité et leur accueil,

- de la RRSSS du Nunavik, Dr Normand Tremblay, médecin conseil, et Maureen Cooney, agente de santé mentale, ainsi que le Dr Michèle Bélanger, psychiatre au CHUM/Notre-Dame, pour leur soutien au développement d'une compréhension et d'une sensibilité aux réalités d'une région nordique en partageant leur riche expérience;

- tous les cadres et professionnels (intervenants psychosociaux et de réadaptation, médecins, infirmiers et infirmières rencontrés en entrevue à Kuujjuaq, à Puvirnituq, à Inukjuak et à Montréal;

- les patients et parents qui ont patiemment répondu à diverses questions (1ère phase d'évaluation).

Sans leur apport, cette évaluation n'aurait pu se réaliser.

INTRODUCTION

Le Nunavik représente un vaste territoire dans le Nord du Québec où l'absence d'infrastructure routière rend les déplacements malaisés. La population, composée majoritairement d'Inuits et regroupant environ 9 600 habitants[1], est répartie dans quatorze villages localisés le long des baies de l'Ungava et de l'Hudson et la moyenne d'âge est inférieure à celle du reste du Québec.

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik, outre la RRSSS du Nunavik, inclut :

- ✓ deux Centres de santé, Inuulitsivik localisé à Puvirnituq (Baie d'Hudson) et Tulattavik à Kuujjuaq (Baie d'Ungava). Leur mandat regroupe la prestation de services courants de première ligne d'un CLSC (points de services dans chaque village), ceux d'un Centre jeunesse – application de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA à Kuujjuaq, Puvirnituq, et Salluit) – ainsi que ceux d'un centre hospitalier de courte et longue durée;
- ✓ un Centre de réintégration à Inukjuak[2], offrant des services aux adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants et/ou de déficience intellectuelle;
- ✓ des organismes communautaires (par exemple, trois refuges pour femmes battues, deux centres de traitement de la toxicomanie);
- ✓ ainsi que du Module du Nord Québécois (MNQ)[3], situé à Montréal et géré par le centre de santé Inuulitsivik, qui prend en charge les Inuits transférés au Sud pour des soins non disponibles au Nunavik.

Dans le rapport annuel 2000-2001 de la RRSSS du Nunavik, au niveau de l'équipe Planification et programmation, outre la formation de base pour les intervenants et continue pour les professionnels, une des priorités concerne le développement d'une équipe « santé mentale » intégrée au CLSC. En lien avec le concept de continuité des services, l'intégration des coordonnateurs du bien-être communautaire (embauchés grâce à un programme fédéral visant la prévention en santé mentale) à l'équipe CLSC de leurs villages respectifs est envisagée. Une résolution allant en ce sens a été adoptée en mars 2002 par la RRSSS du Nunavik. Par ailleurs, l'implantation de services pré-hospitaliers d'urgence est également incluse dans l'agenda. Ce projet implique un nouveau partage des responsabilités entre les CLSC et les municipalités, ainsi qu'entre les professionnels de la santé et les citoyens.

---

1 Recensement 2001, Statistiques Canada

2 Mission : Développer les compétences nécessaires pour s'intégrer dans leur communauté et accroître la qualité de vie des individus, des familles et des communautés. Services résidentiels (court et long terme; répit; intervention de crise) et externes (programme de jour; suivi dans la communauté).

3 Dans le but de soutenir les habitants du Nunavik nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical à Montréal, les services offerts sont de plusieurs ordres : hébergement pour les patients et leur accompagnateur, interprètes, suivi infirmier et social, consultation médicale et service de transport.

De plus, dans celui de 2001-2002, et toujours en lien avec l'objet de ce rapport, l'entente de services psychiatriques est mise de l'avant, ainsi que l'amélioration des services conformément à la Loi 39 (protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui). La volonté de développer un département hospitalier de psychiatrie, au Centre de santé Tulattavik, la télé-psychiatrie et des ressources d'hébergement pour la clientèle en déficience intellectuelle y est également mentionnée.

À ce contexte culturel spécifique, de restructuration et de redéfinition, s'ajoute le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de Québec. Le principe à la base de ces changements se situe au niveau de l'appropriation du pouvoir, soit celui de redonner un sentiment de maîtrise sur sa vie et de pouvoir faire des choix. Les orientations émises visent donc à rapprocher l'intervention du milieu de vie, à diversifier les services et à répartir les ressources en fonction de ces choix. L'objectif est de faciliter l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants et d'améliorer leur qualité de vie, ainsi que celle de leurs proches (Gauthier et al., 1998; Breton et Brière, 2001). En ce sens, le projet pilote au Nunavik s'inscrit dans ce processus de transformation des services de santé mentale.

1.1. Entente de services - Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik

Pour une durée de deux ans, cette entente signée en octobre 2001 lie les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que le CHUM. En résumé[4], les objectifs suivants ont été définis comme suit et concernent toute personne vivant au Nunavik ou suivie temporairement à Montréal :

1.1.1. Objectifs à réaliser

- ✓ Au Nunavik, supporter le développement des services de santé mentale et dispenser des services de traitements psychiatriques aux adultes et aux jeunes;
- ✓ à Montréal, assurer l'accès à des services d'hospitalisation psychiatrique aux adultes, ainsi que faciliter le retour au Nunavik des patients hospitalisés et la continuité des services.

1.1.2. Principes de base

- ✓ Respecter le contexte culturel du Nunavik, ainsi que l'égalité entre les différents intervenants;

---

[4] Les différents aspects de l'entente seront repris de façon plus exhaustive dans les prochains chapitres et sont présentés à l'Annexe I.

- ✓ favoriser la prise en charge de la clientèle par les ressources locales et soutenir les omnipraticiens du Nunavik;
- ✓ utiliser l'hospitalisation à Montréal comme dernier recours.

1.1.3. Responsabilités de chaque partenaire

La *RRSSS du Nunavik* est responsable de l'organisation des services de santé mentale dans sa région. Plus précisément, elle s'assure de la mise en place d'un système qui facilite le retour et la réinsertion des patients hospitalisés à Montréal, ainsi que la continuité des services visant le maintien de l'usager dans la communauté. Plusieurs moyens doivent être disponibles pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants et pour leur entourage, soit des services d'hébergement, de réadaptation, de suivi psychosocial et d'interprètes.

Quant aux *omnipraticiens du Nunavik,* ils restent responsables des services psychiatriques de 1ère ligne en collaboration avec les ressources du milieu. Lors de références au psychiatre pour des services de 2ème ligne, celui-ci endosse le rôle de consultant et non de médecin traitant. Les demandes d'admission au CHUM, lorsque requis, se feront dans le cadre de procédures convenues.

Le *CHUM* va augmenter le temps des services des psychiatres au Nunavik à 125 jours pour deux médecins (ou éventuellement à 155 jours si trois médecins sont disponibles), prioritairement pour la clientèle adulte. De plus, lorsque requis, il va offrir des services d'hospitalisation, de traitements ambulatoires et maintiendra la disponibilité des médecins pour assurer un suivi. Un psychiatre sera désigné afin d'assurer la coordination des psychiatres oeuvrant au Nunavik et des transferts d'usagers.

La *RRSSS de Montréal-Centre* soutient les démarches nécessaires à l'organisation des services au Nunavik, incluant l'évaluation, et à la mise en place de la collaboration concrète entre le réseau en santé mentale du Nunavik et le CHUM. Dans le cadre de cette entente de services, elle prévoit la disponibilité de deux lits au CHUM.

Par ailleurs, une évaluation de ce projet pilote a été prévue et le présent document fait le point après deux ans de mise en application de l'entente tripartite de services psychiatriques. La suite de ce rapport présente d'abord la démarche d'évaluation et la méthodologie utilisée. L'état de situation, abordé dans la troisième partie, sera suivi des constats qui s'imposent et de pistes de réflexions.

DÉMARCHE D'ÉVALUATION

L'entente de services pour le projet pilote définit un cadre de partenariat entre les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que le CHUM. Les objectifs et les responsabilités de chacune des parties y sont précisés. Les moyens suivants ont initialement été identifiés afin d'évaluer l'atteinte de ces objectifs, d'apprécier l'évolution du projet et d'identifier les stratégies mises en place : le suivi d'indicateurs, des entrevues et un questionnaire de satisfaction.

La période définie, dans le cadre de cette entente de services, est de deux ans. Il a donc été prévu de faire la cueillette de données en deux temps et de présenter, après un an, un rapport intermédiaire (Streit, 2003)[5] et un rapport final.

2.1. Méthodologie

2.1.1. Indicateurs, questions et satisfaction

Indicateurs

Pour chaque objectif, différents indicateurs quant au développement et/ou disponibilité de ressources, de divers types de services et de la clientèle rejointe ont été identifiés. Malheureusement, des limites importantes à la cueillette de données liées aux indicateurs existent. Actuellement, le relevé des statistiques n'est pas standardisé, presque inexistant. De plus, le système informatique des établissements et de la RRSSS du Nunavik ne comprend pas de telles informations. De ce fait, le rapport intermédiaire présente des données incomplètes.

Pour la seconde phase d'évaluation, afin de combler cette lacune, des outils de cueillette de données statistiques ont été développés et validés par le comité tripartite, formé de représentants du CHUM et des deux RRSSS impliquées.

Questions entourant le déroulement du partenariat et le développement d'un réseau de services intégrés

Afin de dégager les acquis et les aspects à développer, une grille d'entrevue semi-dirigée a été développée en prévision de rencontres avec des décideurs, des professionnels et des intervenants directement impliqués dans l'implantation du projet pilote, tant au Nunavik qu'à Montréal[6]. Les diverses questions regroupées dans cette grille sont rattachées aux objectifs et

---

[5] Voir récapitulatif des résultats à l'Annexe II

[6] Lors de la 1ère phase d'évaluation, 24 cadres et professionnels ont été rencontrés en entrevue individuelle. Ils étaient rattachés à la RRSSS Nunavik, aux Centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik, aux deux CLSC, au Centre de réintégration, à la RRSSS de Montréal-Centre, au CHUM et au Module du Nord québécois (MNQ).

aux responsabilités spécifiques de chaque partenaire. Outre les paramètres liés au processus de travail, à la coordination, aux ressources et aux résultats, la question de la formation des divers intervenants, tant à Montréal qu'au Nunavik, et celle de la langue (services d'interprètes) sont également abordées.

Tableau 1 - Questions générales et indicateurs

Questions générales	Indicateurs
Objectif 1 : Supporter, *dans la région du Nunavik,* la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu	
Quels supports et actions concrètes ont été mis en place en vue de développer des services de santé mentale au Nunavik, adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu?	✓ organismes ou institutions en santé mentale; ✓ services de répit; ✓ groupes d'entraides; ✓ équipe en santé mentale; ✓ nombre de personnes suivies en santé mentale par un CLSC; ✓ nombre de personnes suivies en santé mentale par les coordonnateurs du bien-être communautaire; ✓ protocoles ou ententes.
Objectif 2 : Dispenser, *dans la région du Nunavik,* des services de traitements psychiatriques aux adultes et aux jeunes	
Quels rôles ont joué les trois partenaires, incluant le psychiatre responsable de la coordination des psychiatres oeuvrant au Nunavik, dans la prestation de services de traitements psychiatriques?	✓ nombre de lits psychiatriques; ✓ services d'hébergement, incluant la disponibilité de logements; ✓ services de réadaptation; ✓ services de réinsertion au milieu de travail; ✓ nombre de postes de psychiatres accordés; ✓ nombre de jours des psychiatres (présence au Nunavik); ✓ nombre de personnes référées pour des consultations psychiatriques.
Objectif 3 : Assurer l'accès, *dans la région de Montréal-Centre,* à des services d'hospitalisation psychiatrique aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoires et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.	
Quelle a été, à Montréal, l'accessibilité et la disponibilité des services d'hospitalisation psychiatrique, de traitement ambulatoire et de réadaptation avant le retour du patient au Nunavik?	✓ nombre de lits disponibles au CHUM; ✓ ratio d'occupation; ✓ nombre de personnes référées pour une hospitalisation au CHUM; ✓ nombre de patients hospitalisés au CHUM; ✓ nombre de personnes hospitalisées au Douglas; ✓ nombre de patients suivis initialement par Douglas; ✓ nombre de traitements ambulatoires et de réadaptation.
Objectif 4 : Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du Module du Nord travaillant à Montréal	
Comment la continuité des services a été facilitée lors du retour du patient au Nunavik?	✓ ressources d'hébergement à Montréal; ✓ nombre de consultations psychiatriques de suivi; ✓ protocoles ou ententes.

Satisfaction des usagers

Pour compléter la démarche d'appréciation, il apparaissait nécessaire de procéder à des mesures de la satisfaction des bénéficiaires. Les items de satisfaction étaient les mêmes que ceux utilisés par d'autres processus d'évaluation de programmes à la RRSSS de Montréal-Centre et qui découlent des travaux réalisés pour la démarche d'amélioration de la qualité (définition du concept de service à l'Annexe III).

Les questions touchent, entre autres, des dimensions telles la dignité, la responsabilisation, la facilité, l'accessibilité, la continuité et la rapidité. Le questionnaire a été adapté pour tenir compte des spécificités du projet pilote. Les données ainsi recueillies sont traitées de façon non nominale et confidentielle.

Pour la seconde phase de l'évaluation, suite aux difficultés rencontrées lors de la première étape, le questionnaire a été épuré pour cibler l'essentiel. Il est plus succinct et plus simple dans la formulation des questions. Cet outil a été remis pour validation à la RRSSS du Nunavik.

2.2. Seconde phase d'évaluation

Pour clore le processus d'évaluation de la mise en application de l'entente de services entre le CHUM et les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, des modifications ont été apportées au mandat d'évaluation en conformité avec la décision prise par les représentants des deux Régies :

> « Suite à la présentation de la première étape de l'évaluation (...) et des grilles à utiliser pour la poursuite des travaux, il apparaît évident que cela devient très onéreux en temps pour les intervenants du Nord qui n'ont pas sous la main les renseignements nécessaires. Il est convenu que :
>
> - ✓ la partie de l'évaluation portant sur la satisfaction de la clientèle soit éliminée, compte tenu des difficultés à interroger les Autochtones;
> - ✓ l'on abandonne l'utilisation des grilles (statistiques);
> - ✓ l'évaluation se poursuive en se basant sur l'adéquation entre les clauses de l'entente et la réalité des services rendus au Nunavik selon les responsabilités attribuées à chacune des parties prenantes (...) Les observations recueillies et l'analyse de ce qui a fonctionné ou de ce qui ne s'est pas réalisé pourront servir de point de départ à l'élaboration de la nouvelle entente de services (l'actuelle entente se terminant à la fin du mois de novembre). »
>
> (extrait du compte-rendu de la réunion du 22 septembre 2003)

Pour compléter les diverses informations recueillies depuis le début de l'évaluation, divers documents existants et disponibles autour de l'évolution des négociations pour assurer à la population du Nunavik l'accessibilité à des services psychiatriques complets ont été analysés en

profondeur. Pour clore la cueillette de données, quelques entrevues ont été réalisées avec des répondants clés.

Le processus d'évaluation, même modifié en cours de route, vise à jeter un éclairage sur l'implantation d'un continuum de services dans la prise en charge des personnes résidant au Nunavik et faisant face à des problèmes de santé mentale ou psychiatriques. Le prochain chapitre aborde donc les aspects suivants qui forment une boucle :

Domaine générique	✓	le réseau en santé mentale au Nunavik;
Domaine spécifique de la psychiatrie	✓	le traitement psychiatrique au Nunavik;
	✓	les services d'hospitalisation psychiatrique à Montréal;
Lien entre les deux types de domaine	✓	la continuité des services.

Note : Nous n'aborderons que de façon sommaire le contexte de la santé mentale et de la psychiatrie au Nunavik, incluant la pratique au Nord et au Sud (Montréal). Pour de plus amples informations, nous vous référons donc au rapport intérimaire d'évaluation du projet pilote pour les services psychiatriques, soit de l'entente de services dont il est question dans le présent document (Streit, 2003).

ENTENTE DE SERVICES PSYCHIATRIQUES TRIPARTITE

Le projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik comprend spécifiquement quatre objectifs ainsi que la répartition des responsabilités des parties signataires, soit le CHUM et les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre. Dans cette troisième partie du rapport final, nous nous penchons sur le contenu de l'entente de service et de son application depuis sa signature, soit depuis novembre 2001 à la fin du mois d'octobre 2003.

L'entente actuelle de services psychiatriques pour le Nunavik s'est conclue avec le CHUM/Notre-Dame après plusieurs années de démarches et d'expérimentation avec le réseau psychiatrique de Montréal. Ce choix était fondé sur trois aspects :

- ✓ le réseau anglophone (CUSM), auquel étaient accordés les cinq effectifs médicaux spécialisés au Nunavik, était en réorganisation majeure lors des négociations;
- ✓ le CH Douglas, qui a toujours été accusé d'être trop traditionnel dans ses méthodes de traitement, démontrait peu d'intérêt à offrir des services au Nord;
- ✓ l'implication des psychiatres de l'hôpital Notre-Dame (CHUM) et leur offre de services démontraient l'intérêt et l'engagement de ceux-ci.

Le contexte de la santé mentale et de la psychiatrie au Nunavik se caractérise par plusieurs aspects. D'une part, la toxicomanie, la violence (intériorisée et extériorisée), le désoeuvrement, la promiscuité dans les maisons et les problèmes de communication y sont intimement liés et peuvent rendre parfois laborieux le diagnostic psychiatrique. D'autre part, les Inuits rencontrent des difficultés pour appréhender nos concepts entourant la santé mentale et la psychiatrie (structure de leur langage, l'inuktitut, religion, etc.). En fait, un cadre de conceptualisation a été développé par Inuit Tapirisat of Canada (2001). Le concept du *mental wellness* englobe l'estime de soi et la dignité personnelle découlant de la présence d'un bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel, ainsi que l'identité culturelle.

La santé mentale ou le bien-être mental implique tous les champs de la vie en communauté (famille, éducation, scolarisation, travail, spiritualité, implication sociale). Mais, plus spécifiquement, les intervenants vont parler de domaines où des difficultés majeures sont rencontrées, soit la déficience intellectuelle, la pédopsychiatrie, la psychiatrie pour adulte, la loi 39 (concernant les personnes qui présentent un danger pour elle-même ou pour autrui) et la psychiatrie légale. D'ailleurs, déjà fin 1999, trois volets problématiques, ou pouvant accrocher lors d'une négociation pour une entente de services, avaient été identifiés : les hospitalisations à long terme, la pédopsychiatrie et la psychiatrie légale.

Le manque de temps pour inclure la prévention dans les interventions auprès des personnes rencontrées et de ressources humaines (rotation du personnel lié à la pénurie de logements, problème de continuité des suivis), financières, structurelles et organisationnelles (un seul

organisme identifié spécifiquement, le Centre de réintégration à Inukjuak) complète ce portrait grossier du contexte de la santé mentale et de la psychiatrie au Nunavik.

Après cette entrée en matière contextuelle, nous allons nous pencher spécifiquement sur l'atteinte des objectifs généraux, visés par l'entente de services psychiatriques pour la population du Nunavik, par le biais des responsabilités définies pour chaque partenaire (RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, CHUM) (voir Annexe I; ventilation des responsabilités par l'évaluatrice).

3.1. Premier objectif : Réseau en santé mentale au Nunavik

> Supporter, *dans la région du Nunavik,* la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.

Dans l'entente de services psychiatriques pour le Nunavik, aucune responsabilité n'a été définie spécifiquement pour cet objectif, ni pour la RRSSS du Nunavik qui y est de toute manière impliquée de par sa mission, ni pour les deux autres partenaires. Il est à noter que des groupes et des programmes, plus ou moins fonctionnels, existent déjà grâce à des argents provenant du fédéral et du provincial. (Annexe IV – Ressources existantes au Nunavik et susceptibles d'être interpellées pour le développement de programmes et/ou au niveau de la prise en charge de personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou psychiatriques)

Les trois responsabilités mentionnées ci-après sont d'ordre général et deux d'entre elles ont été rencontrées. Elles concernent toutes les facettes de la prise en charge de la population du Nunavik en santé mentale et en psychiatrie et se situent donc à l'arrière plan des objectifs généraux inclus dans l'entente de services.

3.1.1. Responsabilités rencontrées

RRSSS du Nunavik

✓ Voit aux services d'interprètes au Nord et au Sud lorsque requis.

Pour les consultations psychiatriques au Nunavik, les services d'interprètes sont assurés par des employés locaux. Il en va de même à Montréal, lors des hospitalisations au CHUM/Notre-Dame. Au Sud, ces services sont assumés par le Module du Nord québécois (MNQ).

RRSSS de Montréal-Centre

✓ Collabore à l'organisation et à l'évaluation des services dans la région.

Depuis l'application de l'entente de services psychiatriques (novembre 2001), la RRSSS de Montréal-Centre est présente et active à plusieurs niveaux :

- rencontres tripartites régulières pour le suivi du processus d'implantation et les mécanismes à mettre en place;
- discussions autour des problématiques telles la psychiatrie légale, la pédopsychiatrie et le suivi de patients à long terme, incluant la question des ressources intermédiaires;
- l'évaluation du projet pilote.

3.1.2. Responsabilité non rencontrée

CHUM/Notre-Dame

✓ Sensibilise et forme des résidents et autres professionnels du Sud pour des services au Nunavik.

Jusqu'à dernièrement, cette démarche a principalement été réalisée auprès de l'équipe « inuit », mise spécifiquement sur pied pour prendre en charge les patients du Nunavik hospitalisés au CHUM, dont certains membres y ont fait un séjour. Les professionnels de cette équipe sont :

- la psychiatre coordonnatrice du projet et,
- une travailleuse sociale, toutes deux familières avec le contexte spécifique du Nunavik pour y avoir travailler;
- une infirmière;
- une ergothérapeute et,
- un infirmier coordonnateur/superviseur.

Ce comité se rencontre sur une base hebdomadaire et, depuis peu, gère l'administration générale du projet et voit à son développement. Dans la poursuite de cet objectif, deux demi-journées de réflexion ont été organisées, début novembre 2003, avec le MNQ, incluant des intervenants inuits.

Au sein du département de psychiatrie au CHUM/Notre-Dame, le manque d'informations concernant le contexte spécifique du Nunavik et l'entente de services psychiatriques en vigueur a occasionné des ratés, entres autres lors des demandes d'hospitalisation et, de ce fait, a entravé l'accès aux services d'hospitalisation (3ème objectif, p. 18).

Pour contrer cette situation et pour améliorer la coordination entre psychiatres, l'idée de mettre sur pied une unité de services régionaux au sein du département de psychiatrie, regroupant les psychiatres intervenant dans les différentes régions du Québec, avait été formulée. Mais ce souhait n'a pas été réalisé, compte tenu des difficultés rencontrées par ce département, suite à des départs, de la mortalité et de la maladie.

Mais, lors de leur rencontre mensuelle d'octobre 2003, le nouveau psychiatre coordonnateur a dressé le portrait des conditions existantes au Nord et présenté l'entente de services psychiatriques au Nunavik à ses collègues. Par ailleurs, il leur a aussi fait part de la nouvelle procédure d'admission pour les hospitalisations de personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants du Nunavik (voir p. 11).

3.1.3. Indicateurs de suivi

Pour ce 1er objectif, comme pour les trois autres, les commentaires formulés dans le précédent rapport restent inchangés quant aux indicateurs de suivi du réseau de santé mentale au Nunavik.

➢ Organismes ou institution en santé mentale	Centre de réintégration à Inukjuak (unique organisme identifié spécifiquement)
➢ Service de répit	Centre de réintégration
➢ Groupe d'entraide	Aucun
➢ Équipe en santé mentale	Aucune[7]
➢ Autre protocole ou entente	Aucun
➢ Nombre de personnes suivies en santé mentale	Nd

Dans cette première section, des aspects plus généraux ont été abordés. La seconde partie de ce chapitre, consacré au continuum de services, se concentre spécifiquement sur le traitement psychiatrique au Nunavik

[7] Une seule équipe avait été formée, sur la côte de l'Hudson. Mais suite à des incompréhensions quant à son mandat, aux énormes attentes suscitées et au roulement important du personnel, une telle équipe n'existe plus. Par rapport aux ressources humaines, les intervenants et professionnels s'engagent pour une période variant entre 6 mois et 2 deux ans. À cette situation s'ajoute la rareté des logements disponibles et qui constitue un frein supplémentaire à l'embauche.

3.2. Second objectif : Traitement psychiatrique au Nunavik

> Dispenser, *dans la région du Nunavik,* des services de traitement psychiatriques aux adultes et aux jeunes.

Le Centre de réintégration à Inukjuak et les deux Centres de santé (Tulattavik à Kuujjuaq et Inuulitsivik à Puvirnituq), incluant les deux CLSC, prennent en charge des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. À ces ressources existantes au Nunavik, s'ajoute ponctuellement, sans coordination ou collaboration efficiente, l'intervention de psychiatres itinérants rattachés à divers hôpitaux de Montréal et de Sherbrooke.

Pour atteindre cet objectif lié au traitement psychiatrique au Nunavik, les partenaires ont douze responsabilités à rencontrer. Parmi celles-ci, cinq ont pleinement été assumées.

3.2.1. Responsabilités rencontrées

RRSSS du Nunavik

- ✓ Collabore pour faciliter, auprès du MSSS et de la RAMQ, les aménagements requis pour la rémunération des médecins.
- ✓ Accorde 2-3 postes de psychiatres hors contingentement au CHUM, en contrepartie des services fournis dans le cadre de cette entente par ce CH.

  Le Nunavik dispose de cinq postes de spécialistes, donnés à contrat à McGill, dont deux postes psychiatres reviennent au CHUM. Durant la période couverte par l'évaluation, soit depuis la signature de l'entente (novembre 2001), seul un psychiatre a formellement été identifié pour rendre des services de consultation et de traitement psychiatriques. Ce dernier, avait également endossé le rôle de coordonnateur du projet (voir p. 15-16).

CHUM/Notre-Dame

- ✓ Dessert en priorité la clientèle adulte. La clientèle jeune recevra certains services; cependant, la couverture sera plus complète si les trois effectifs sont recrutés.

  Seuls des adultes de plus de 18 ans ont été hospitalisés à Montréal mais, lors des consultations psychiatriques au Nunavik, des jeunes ont parfois été rencontrés.

RRSSS de Montréal-Centre

- ✓ Appuie la RRN, si elle le demande, auprès des instances MSSS et RAMQ, pour faciliter l'organisation des services décrits dans cette entente.
- ✓ Approuve et appuie la nomination des médecins hors contingentement au CHUM.

3.2.2. Responsabilités non rencontrées

RRSSS du Nunavik

- ✓ Organise des services de réadaptation et de réinsertion, incluant l'hébergement, pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants.

  Il n'y a pas eu de développement outre les projets en discussion ou en processus de négociation mentionné dans le premier rapport. Le Centre de réintégration à Inukjuak (Hudson) a pu développer son projet d'appartements supervisés, mais pas autant que souhaité par la direction.

  Quant au Centre de crise à Puvirnituq, ou centre de transition entre l'hospitalisation et le retour dans la communauté, il est en voie de réalisation vu le récent déblocage au niveau financier. Ce centre de crise permettra d'assurer la sécurité des patients en leur offrant un abri sûr pour un maximum de 30 jours. Les services de cette ressource sont complémentaires à ceux des deux centres de santé et du Centre de réintégration. Tant au niveau psycho-légal que psychiatrique, cette ressource pourra être utilisée pour la garde fermée en rendant disponible des services intermédiaires, tels l'évaluation par observation, le contrôle des médicaments et la stabilisation de l'état des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants (RRSSS Nunavik, 2003).

- ✓ Organise, si pertinent et après étude, une instance légale et régionale telle qu'un département de psychiatrie régional qui comprendrait les psychiatres oeuvrant au Nunavik.
- ✓ Installe, si pertinent, 1-2 lits de psychiatrie dans un établissement de santé du Nord dans le cadre d'un programme fonctionnel et technique d'élaboration.

  L'idée du développement d'un département régional et de lits psychiatriques au Nunavik représente une orientation à maintenir. Une telle structure, tant pour les services internes qu'externes, est nécessaire à moyen terme car la 3ème ligne, au Nunavik, devient de plus en plus aiguë. Dans le rapport annuel 2002-2003 de la RRSSS du Nunavik, un des objectifs majeurs concerne la mise sur pied d'un département hospitalier de psychiatrie au Centre de santé Tulattavik (Kuujjuaq). Les orientations ministérielles annoncées dernièrement, dont les priorités concernant la santé mentale et la situation vécue par les Autochtones, représentent probablement une occasion pour obtenir un soutien financier à un tel projet.

- ✓ Peut requérir les services de consultation du psychiatre coordonnateur ou d'autres professionnels du CHUM, afin de favoriser l'organisation des services dans la région; elle en assume la rémunération.

CHUM/Notre-Dame

✓ Augmente le temps des services des psychiatres au Nunavik (actuellement environ 65 jours) de 30 jours de plus par effectif psychiatrique, soit à un total de 125 jours/2 médecins ou de 155 jours/3 psychiatres.

Dans le cadre du projet pilote, seul un psychiatre coordonnateur a été désigné hors contingentement, mais sans être réellement dégagé de ses tâches au CHUM. Les patients de celui-ci se situent le long de la Baie d'Hudson[8]. L'objectif concernant le nombre de jours de consultations au Nunavik n'a donc pas été atteint et le territoire du Nunavik couvert que partiellement par l'entente de services psychiatriques tripartite.

Dans cette entente, le nombre de jours de services psychiatriques au Nunavik est fixé à 125 jours pour deux médecins ou de 155 jours si trois psychiatres sont engagés dans le projet. Cet objectif n'était pas réaliste, compte tenu des difficultés rencontrées par le département de psychiatrie du CHUM/Notre-Dame au niveau des effectifs. Cette cible serait probablement atteinte en prenant compte des journées de présence des autres psychiatres itinérants qui se rendent au Nunavik sur une base individuelle. En ce sens, une coordination réelle des psychiatres consultants permettrait d'assurer une présence régulière et continue, ainsi qu'un suivi plus adéquat des patients.

Un psychiatre du CHUM/Notre-Dame s'était rendu durant la première année de l'entente sur la côte d'Ungava. Fin octobre 2001, lors d'une réunion de travail, le souhait avait été exprimé de l'intégrer dans le projet pilote mais il n'a pas été réalisé. Des hypothèses peuvent être formulées à cet effet : le département régional de psychiatrie au Nunavik est encore à l'état de projet embryonnaire et les difficultés rencontrées par le département de psychiatrie du CHUM/Notre-Dame au niveau des effectifs médicaux.

Au niveau du CHUM/Notre-Dame, un second psychiatre sera intégré à l'entente de services psychiatriques au Nunavik, soit un résident finissant sa psychiatrie. Les négociations pour son recrutement sont en cours. Par ailleurs, ponctuellement, le chef du département de psychiatrie et un neuropsychiatre sont également intéressés à s'impliquer et à soutenir les services psychiatriques offerts à la population du Nunavik.

✓ Désigne un psychiatre responsable de la coordination des psychiatres oeuvrant pour le Nunavik, indépendamment de leurs régions d'origine.

Comme déjà mentionné plus haut, un seul psychiatre coordonnateur avait été engagé dans le cadre de l'entente de services psychiatrique tripartite, en plus de sa tâche habituelle au CHUM/Notre-Dame. Avant d'orienter sa carrière différemment, ce médecin a fait part de

---

[8] Les trois autres psychiatres dont il était question dans le rapport préliminaire (un sur la côte d'Hudson, les deux autres sur la côte d'Ungava), se rendaient au Nunavik sur une base volontaire et individuelle.

quelques commentaires concernant la coordination des effectifs en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Celle-ci serait actuellement impossible à réaliser compte tenu que :

- aucune entente n'est possible sur les horaires de chaque psychiatre itinérant, car personne n'a autorité sur personne;
- ni la RRSSS du Nunavik, ni les Centres de santé n'exercent cette coordination;
- il existe un clivage important entre les Baies de l'Hudson et de l'Ungava (organisation des services plus décentralisée et accent plus important mis sur les services de santé mentale/psychiatrie sur la côte de l'Hudson que sur celle de l'Ungava) et, entre santé mentale et psychiatrie.

En conclusion, ce psychiatre souhaitait que le MSSS crée une entité administrative permettant une coordination, tel un département régional de psychiatrie, mais celui-ci ne détient aucun moyen pour contrôler les activités des spécialistes. La solution devrait donc venir de la RRSSS du Nunavik. La mention d'un département psychiatrique comme objectif majeur dans le rapport annuel 2002-2003 de la RRSSS du Nunavik va en ce sens.

Pour rencontrer les objectifs définis dans l'entente de services psychiatriques concernant la disponibilité de spécialistes (coordination, cohérence des activités des divers intervenants, présence au Nunavik), le CHUM/Notre-Dame compte, depuis septembre 2003, un nouveau médecin en charge du dossier Nunavik. Engagé à temps plein (ou minimum 4 jours/semaine, car le département de psychiatrie du CHUM/Notre-Dame est en sous-effectif – équilibre précaire suite à des départs, maladies et décès ne menace pas l'entente, selon le CHUM), ce psychiatre détient ainsi plus de marge de manœuvre pour rallier les gens et prendre le leadership dans ce dossier.

Par ailleurs, la nécessité d'accroître la disponibilité pour assurer l'accès aux services et à l'information des gens du Nunavik afin de créer des liens de confiance a aussi été soulignée. Le besoin d'une infrastructure, tel un « secrétariat pour le Nord », greffé au MNQ, doit être sérieusement considéré afin de favoriser l'accessibilité et les communications entre le Nunavik et Montréal (incluant le réseau McGill, avec lequel des discussions pour une entente en pédopsychiatrie sont en cours) et ainsi permettre le partage de l'ensemble des services, dont la travailleuse sociale.

Selon les derniers développements, un département régional de psychiatrie au Nunavik devrait se concrétiser à plus ou moins long terme. Les premiers jalons en ont été jetés lors d'une rencontre avec cinq psychiatres[9] à la RRSSS de Montréal-Centre, le 11 novembre 2003. Tous ont accepté le fait que leur présence au Nunavik serait coordonnée. Le psychiatre coordonnateur, officiellement reconnu à ce titre, recevra les horaires de chaque spécialiste et pourra ainsi s'assurer que la population du Nunavik recevra des services continus et réguliers. Il est également prévu d'inclure les pédopsychiatres dans cette structure de coordination

[9] Le psychiatre coordonnateur, le précédent coordonnateur, le chef du département de psychiatrie et deux autres psychiatres qui se rendent sur une base régulière et volontaire au Nunavik.

(entente de services pédopsychiatriques avec le réseau McGill, à venir) – il existe d'ailleurs déjà une entente informelle de collaboration entre le psychiatre coordonnateur et un pédopsychiatre de Douglas – , ainsi que de créer une affiliation entre psychiatres et villages.

✓ Attribue, à ce médecin, la responsabilité de coordonner les transferts des usagers du Nunavik avec l'omnipraticien concerné ou avec le psychiatre itinérant qui les a évalués.

Le retour des patients hospitalisés à Montréal est en fait organisé par la travailleuse sociale de l'Équipe inuit du CHUM/Notre-Dame, en collaboration avec le MNQ, les familles et les divers intervenants au Nunavik. Déjà, dans le rapport préliminaire, pour assurer une meilleure continuité des services, il avait été demandé que le MNQ ne remette pas uniquement le rapport d'hospitalisation aux Centres de santé et aux médecins, mais également aux intervenants sociaux impliqués auprès des patients et de leur entourage.

3.2.3. Indicateurs de suivi

Pour ce second objectif, comme mentionné précédemment, les commentaires formulés dans le rapport intermédiaire restent inchangés quant aux indicateurs de suivi des traitements psychiatriques au Nunavik, à l'exception de l'ajout d'appartement supervisé par le Centre de réintégration à Inukjuak.

➢ Nombre de lits psychiatriques	Aucun
➢ Services d'hébergement	Centre de réintégration à Inukjuak, incl. Appartement supervisé, et quelques familles d'accueil
➢ Services de réadaptation	Centre de réintégration
➢ Services de réintégration au milieu de travail	Centre de réintégration
➢ Nombre de psychiatres itinérants (entente)	Hudson : 1
➢ Nombre de jours de présence des psychiatres	Nd
➢ Nombre de personnes référées pour des consultations psychiatriques	Nd

Après avoir abordé les responsabilités des trois partenaires (CHUM/Notre-Dame, RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre) concernant le réseau de santé mentale et le traitement psychiatrique au Nunavik, la section suivante se penche sur celles rattachées à l'hospitalisation psychiatrique à Montréal.

3.3. Troisième objectif : Service d'hospitalisation psychiatrique

> Assurer l'accès, *dans la région de Montréal-Centre,* à des services d'hospitalisation psychiatriques aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoires et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.

Parmi les six responsabilités mentionnées ci-après, une seule a été rencontrée.

3.3.1. Responsabilité rencontrée

RRSSS de Montréal-Centre

✓ En appui à la RRN, augmente de 2 le nombre de lits au CHUM dans le cadre des travaux d'organisation des services de 3e ligne et des travaux d'équité.

Par rapport à la disponibilité de deux lits psychiatriques au CHUM/Notre-Dame, la question suivante semble toujours être omniprésente, quoique l'augmentation du nombre de lits n'ait jamais vraiment été discutée : 2 lits/an sont-ils suffisants pour répondre pleinement aux besoins des patients du Nunavik? Dans tous les cas, selon l'expérience de ces deux dernières années (durée de l'entente), l'occupation des lits semble avoir été flexible. Le CHUM/Notre-Dame a accueilli dans son département psychiatrique, selon les demandes, 3-4 patients en même temps lorsque requis. Fait à noter, les hospitalisations se font selon les disponibilités de lits, même si les Inuits ont priorité sur les patients montréalais.

3.3.2. Responsabilités non rencontrées

RRSSS du Nunavik

✓ Développe des ressources d'accueil des personnes suite à leur hospitalisation dans la région de Montréal.

Selon quelques notes ou lettre datant de fin 2000/début 2001, il avait été spécifié que la contribution de la RRSSS du Nunavik inclut l'accès à une ressource résidentielle dans la région de Montréal ou encore, que l'aspect résidentiel intermédiaire sera assumé par le MNQ (voir p. 13).

Actuellement, aucun développement n'est prévu à court terme et l'hébergement de patients psychiatriques est impossible au MNQ (aménagement inadéquat), alors que la question de la disponibilité de ressources d'hébergement intermédiaires à long terme s'est fait pressante durant ces deux dernières années. Par exemple, plusieurs patients ont été maintenu au CHUM/Notre-Dame par manque d'accessibilité à une telle ressource adaptée à leurs besoins d'encadrement.

CHUM/Notre-Dame

✓ S'engage à accepter, avec diligence, les demandes d'hospitalisation qui lui sont formulées et qui apparaissent justifiées compte tenu du contexte du Nunavik; les critères cliniques et organisationnels pour l'hospitalisation feront l'objet de discussions entre médecins du Sud et du Nord.

Les intervenants du Nunavik ont parfois rencontré des difficultés à faire hospitaliser un patient. Plusieurs facteurs ont été identifiés et sont liés à l'absence de protocole et au manque d'informations au sein du département de psychiatrie au CHUM/Notre-Dame :

- les mécanismes d'admission ne sont pas clairs pour tous;
- l'interprétation des critères d'admission varie selon l'interprétation du psychiatre rejoint.

Les problèmes liés à l'accès aux services d'hospitalisation psychiatriques, rencontrés de façon plus prononcée durant l'été 2003, ne relèvent pas uniquement d'un manque de communication et de circulation des informations mais également d'un manque de disponibilité du psychiatre coordonnateur. D'une part, entre fin 2001 et le début de l'été 2003, celui-ci assumait seul en tant que médecin les responsabilités liées à l'entente de services. D'autre part, durant l'été 2003, aucun psychiatre n'était formellement en charge de ce dossier au CHUM/Notre-Dame.

Une nouvelle procédure d'admission a été établie pour les personnes du Nunavik dont la situation exige une hospitalisation à Montréal. La seule porte d'entrée des demandes d'hospitalisation ou de consultation correspond à un numéro de paget. Cette façon de faire permettra de rejoindre directement et rapidement le psychiatre coordonnateur. En l'absence de ce dernier (séjours au Nunavik, congés divers), la paget et la responsabilité de répondre aux demandes des intervenants du Nunavik seront transmises à un autre psychiatre du département.

✓ Services d'hospitalisation aux adultes disponibles en français et en anglais

La question de la langue soulève plusieurs inquiétudes car la seconde langue parlée au Nunavik est l'anglais et le CHUM représente un milieu francophone. Mais, selon les divers intervenants de l'Équipe inuit qui parlent couramment l'anglais, les problèmes rencontrés sont surmontables. Par exemple, pour les aspects quotidiens, des gestes et des pictogrammes sont utilisés pour les patients qui maîtrisent peu l'anglais et le français; pour des entrevues ou des échanges plus importants, le CHUM/Notre-Dame fait appel aux interprètes du MNQ.

Mentionnons rapidement un petit sondage fait par le MNQ auprès du personnel infirmier du département de psychiatrie (2002, N=27), qui dresse un portrait plus nuancé :

- 41% du personnel intervient régulièrement auprès de la clientèle inuit et 45% occasionnellement;

- environ 60% se dit bilingue et 40% unilingue français;
- 50% ont de la difficulté à se faire comprendre par la clientèle inuit;
- 70% ont de la difficulté à comprendre cette clientèle : principales raisons invoquées concernent le fait que le patient ne parle pas bien le français ou l'anglais;
- 50% disent ne pas avoir besoin de recourir à un interprète;
- besoins d'information exprimés sur la culture et le mode de vie inuit, les ressources disponibles dans le Nord et à Montréal.

✓ Fournit des services ambulatoires, lorsque cliniquement requis, avant le retour de l'usager au Nunavik.

Après une hospitalisation, aucun service ambulatoire n'est offert par le CHUM/Notre-Dame à Montréal. Les Inuits hospitalisés retournent, en principe, directement au Nunavik en transitant parfois par les Centres de santé (Kuujjuaq et Puvirnituq) ou par le Centre de réintégration (Inukjuak).

RRSSS de Montréal-Centre

✓ Organise, avec le concours de la RRSSS du Nunavik, une ou plusieurs rencontres relatives aux cas déjà traités au Douglas qui pourraient faire l'objet d'un examen commun entre les médecins du Nunavik et les psychiatres concernés du Douglas et du CHUM/Notre-Dame.

Il ne semble pas y avoir eu de discussion de cas avec les omnipraticiens du Nunavik et les psychiatres des CH Douglas et du CHUM/Notre-Dame.

3.3.3. Indicateurs de suivi

Pour ce troisième objectif, les commentaires formulés dans le précédent rapport restent inchangés quant aux indicateurs de suivi des hospitalisations au CHUM/Notre-Dame.

➢ Nombre de lits au CHUM	2/année
➢ Ratio d'occupation	1,4/année [entre 11 (2001) et 12 (2002)]
➢ Nombre de personnes référées pour une hospitalisation au CHUM	Nd
➢ Nombre de patients hospitalisés au CHUM	14 [entre 11 (2001) et 12 (2002)]
➢ Nombre de personnes hospitalisées au Douglas	Nd
➢ Nombre de traitements ambulatoires et de réadaptation	Aucun

Après les responsabilités des trois partenaires concernant le réseau de santé mentale et le traitement au Nunavik, ainsi que les hospitalisations psychiatriques à Montréal, celles liées à la continuité des services pour une prise en charge efficiente des patients, de retour dans leur communauté, sont abordées dans la section suivante.

3.4. Quatrième objectif : Continuité des services

> Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du Module du Nord travaillant à Montréal.

Concernant la continuité des services et le développement de ressources au Nunavik, une constante ou une embûche existe : la grande mobilité des omnipraticiens et des ressources humaines en général (haut taux de roulement), ainsi que celle des patients suivis en psychiatrie qui ne sont pas toujours connus des infirmières et des travailleurs sociaux installés dans les villages.

Pour ce quatrième objectif, six responsabilités avaient été définies dont trois ont été rencontrées.

3.4.1. Responsabilités rencontrées

RRSSS du Nunavik

- ✓ Assume les frais de transport
- ✓ S'assure, via le MNQ, du développement et du fonctionnement des services d'accueil, de liaison et de suivi, dans la région de Montréal-Centre, des usagers y séjournant aux fins de traitement; nomme une personne de référence.

  Bien que cette responsabilité ait été assumée, des améliorations sont souhaitées. D'abord, le rapport ou résumé du MNQ, concernant les diverses facettes de l'hospitalisation à Montréal et du suivi à offrir au Nunavik, est souvent uniquement remis à l'omnipraticien et non à l'intervenant social du CLSC alors qu'il s'agit d'un document précieux en information pour assurer une prise en charge adéquate. Ensuite, les liens entre le médical et le social semblent être peu nombreux.

CHUM/Notre-Dame

- ✓ Maintien la disponibilité des médecins pour des consultations subséquentes relatives à ces usagers.

Pour presque toute la durée de l'entente de services, le psychiatre coordonnateur restait disponible pour des consultations de suivi par téléphone et lors de ses séjours au Nunavik, pour autant que ses autres tâches le lui permettaient. Depuis septembre 2003, le dossier du Nunavik étant sa principale tâche, les divers intervenants du Nunavik devraient pouvoir le rejoindre plus facilement qu'antérieurement.

Par ailleurs, l'utilisation de la télé-psychiatrie, actuellement en rodage, peut s'avérer à l'usage être un outil utile pour favoriser une continuité des services et un suivi psychiatrique des patients, ainsi qu'une communication rapide entre les divers intervenants du Nord et du Sud.

3.4.2. Responsabilités non rencontrées

RRSSS du Nunavik

✓ Organise, via le MNQ, les services d'hébergement temporaire dans la région de Montréal-Centre, lorsque requis.

Le besoin d'une ressource de transition et de réadaptation avant le retour des Inuits au Nunavik après une hospitalisation psychiatrique ou, lorsque stabilisés, ceux-ci nécessitent des soins de santé physiques, existe de façon plus ou moins aiguë depuis un certain temps. Une telle ressource permettrait aussi d'éviter le maintien d'un patient à l'hôpital alors qu'il est en attente de l'arrivée de son escorte ou d'une place disponible dans un avion. Mais, les patients en psychiatrie ne peuvent être hébergés au MNQ car les problématiques de la clientèle accueillie sont déjà, de prime abord, complexes (incluant la santé mentale et la toxicomanie).

Les aménagements physiques actuels du MNQ ne permettent plus de répondre adéquatement à sa mission, soit les services aux patients et la coordination de services spécialisés en santé à Montréal. Un nouvel emplacement est donc envisagé pour cet organisme géré par le Centre de santé Inuulitsivik. Dans cette démarche de recherche de nouveaux locaux, il est souhaitable que la possibilité d'héberger des personnes stabilisées souffrant de troubles mentaux sévères et persistants soit prévue.

De plus, par rapport au développement de ressources intermédiaires, aucun consensus n'existe quant à la pertinence de les mettre sur pied au Sud ou au Nord. Et, le rôle et l'implication du MNQ dans un tel processus n'ont jamais été clarifiés.

✓ S'assure que les intervenants du Nunavik reprennent promptement les patients pour un retour au Nunavik ou *en hébergement dans une ressource locale du Sud coordonnée par le MNQ, lorsque l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par le médecin du CHUM.*

Au Nunavik, le taux de roulement important des omnipraticiens, du personnel infirmier et des intervenants sociaux rend la continuité du suivi difficile. À cette situation, comme mentionné plus haut, s'ajoute la grande mobilité des patients suivis en psychiatrie.

CHUM/Notre-Dame

✓ Établit des ententes de collaboration de services avec les partenaires du Sud et du Nord dans les cas de co-morbidité (déficience intellectuelle, toxicomanie, etc.).

Aucune entente n'a été discutée formellement avec les divers partenaires potentiels concernant les cas de co-morbidité.

3.4.3. Indicateurs de suivi

Pour ce dernier objectif, comme pour les trois autres, les commentaires formulés dans le précédent rapport restent inchangés quant aux indicateurs de suivi concernant le suivi et la continuité des services psychiatriques.

➢ Ressources d'hébergement à Montréal	Aucune
➢ Nombre de consultations psychiatriques de suivi	Par téléphone et lors des visites au Nunavik
➢ Autre protocole ou entente	Aucun

3.5. Récapitulatif des responsabilités

Dans l'entente de services psychiatriques au Nunavik liant le CHUM/Notre-Dame et les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, vingt-sept responsabilités ont clairement été identifiées dont seize ont été rencontrées au cours des deux dernières années (60%). Les difficultés majeures se situent au niveau des objectifs fixés par les parties signataires concernant :

- ✓ les ressources intermédiaires (hébergement, réadaptation, centre de crise) au Nord et au Sud;
- ✓ la coordination des services psychiatriques, incluant le recrutement d'un second psychiatre hors contingentement, la disponibilité du psychiatre coordonnateur et des mécanismes clairement définis.

Ces aspects touchent d'abord et principalement le *traitement psychiatrique au Nunavik,* ensuite l'hospitalisation à Montréal et la continuité des services.

Tableau 2 – Responsabilités par objectifs

		Rencontrées	À travailler
Objectif 1 : Réseau en santé mentale au Nunavik			
RRSSS Nunavik	Services d'interprètes au Nord et au Sud	✓	
CHUM/Notre-Dame	Sensibilisation et formation des professionnels du Sud		✓
RRSSS Montréal	Collaboration à l'organisation et à l'évaluation des services	✓	
Objectif 2 : Traitements psychiatriques au Nunavik			
RRSSS Nunavik	Aménagement pour la rémunération des médecins	✓	
	2-3 postes de psychiatres hors contingentement	✓	
	Services de réadaptation et de réinsertion, incl. hébergement		✓
	Instance légale et régionale (département de psychiatrie)		✓
	1-2 lits psychiatriques		✓
	Services de consultation du psychiatre coordonnateur		✓
CHUM/Notre-Dame	Priorité à la clientèle adulte; certains services aux jeunes	✓	
	125 jours/2 psychiatres (155 jours/3 médecins)		✓
	Coordination des psychiatres se rendant au Nunavik		✓
	Coordination des transferts des patients		✓
RRSSS Montréal	Appui pour faciliter l'organisation des services	✓	
	Appui et approbation de la nomination des médecins	✓	
Objectif 3 : Services d'hospitalisation, de traitement ambulatoire et de réadaptation à Montréal			
RRSSS Nunavik	Ressources d'accueil		✓
CHUM/Notre-Dame	Hospitalisation rapide, critères cliniques et organisationnels		✓
	Services d'hospitalisation en anglais et en français		✓
	Services ambulatoires		✓
RRSSS Montréal	2 lits psychiatriques au CHUM/Notre-Dame	✓	
	Discussions de cas avec Douglas		✓
Objectif 4 : Continuité des services			
RRSSS Nunavik	Frais de transport	✓	
	Services d'accueil, de liaison et suivi via le MNQ	✓	
	Services d'hébergement temporaire via le MNQ		✓
	Prise en charge rapide au Nunavik ou hébergement au Sud		✓
CHUM/Notre-Dame	Disponibilité des médecins pour consultations subséquentes	✓	
	Ententes de collaboration dans les cas de co-morbidité		✓

CONCLUSION

L'entente de services psychiatriques, signée en octobre 2001 par les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que par le CHUM, s'inscrit dans un contexte particulier. La région du Nunavik, située au nord du 55e parallèle, couvre une superficie de 507 000 km^2 et abrite une population de 9 632 habitants disséminée dans 14 villages répartis le long des Baies d'Ungava et d'Hudson. Cet environnement rend l'organisation et le développement de services psychiatriques et de santé mentale difficiles, ainsi que la mobilisation de la population dans la recherche de solutions adaptées à sa culture.

Actuellement, à part les deux Centres de santé (à Kuujjuaq et Puvirnituq) et le Centre de réintégration (à Inukjuak), le réseau de services institutionnels et communautaires est peu développé, voir fragile. De plus, l'organisation et la prestation des services varient d'une côte à l'autre : centralisée dans la Baie d'Ungava et décentralisée dans celle de l'Hudson.

En faisant le retour sur les démarches entreprises depuis 1996 par la RRSSS du Nunavik en vue d'obtenir des services psychiatriques pour sa population, deux constantes sont à relever :

- ✓ la difficulté de quantifier et de définir les besoins de la population du Nunavik en santé mentale et en psychiatrie (absence de statistiques fiables);
- ✓ les départements de psychiatrie, avec lesquels la RRSSS du Nunavik négociait, vivaient des crises relativement importantes.

Il existe donc un hiatus entre le souhait de la RRSSS du Nunavik de pouvoir bénéficier d'une entente globale et les ressources existantes et/ou disponibles. De cet état de situation découle donc la difficulté pour les partenaires impliqués à rencontrer leurs responsabilités définies dans l'entente de services. Par contre, de nouveaux développements de dernière minute sont à signaler :

- ✓ le centre de crise à venir à Puvirnituq (qui aurait aussi un rôle à jouer au niveau psycho-légal) et la possibilité d'appartements supervisés à Inukjuak (Baie d'Hudson)[10];
- ✓ le projet d'un département hospitalier de psychiatrie au Centre de santé Tulattavik comme objectif majeur pour la RRSSS du Nunavik (Baie d'Ungava);
- ✓ le financement pour développer la télé-médecine au Nunavik;
- ✓ l'apport probable en pédopsychiatrie du CUSM/Hôpital pour enfants de Montréal (projet de l'inclure dans l'entente actuelle);
- ✓ l'arrivée d'un nouveau psychiatre coordonnateur au CHUM/Notre-Dame, engagé à temps plein pour ce dossier et qui a posé les premiers jalons de réseautage entre psychiatres se rendant au Nunavik sur une base volontaire.

---

[10] Cette décision a été prise suite à une répartition des missions et des rôles entre les deux Centres de santé du Nunavik afin d'assurer un fonctionnement en complémentarité des deux établissements.

Ces quelques éléments majeurs semblent indiquer un déblocage pour une mise en application en plus grande conformité avec l'esprit de l'entente de services psychiatriques pour le Nunavik, ainsi qu'une bonification des services existants.

Afin de soutenir et de consolider les récents développements, les questions suivantes sont soumises :

- Financement

  Quelles sont les opportunités liées aux priorités ministérielles (santé, Autochtones)?

  Quelles sont-elles en lien avec la fusion de la RRSSS du Nunavik avec d'autres institutions du Nord?

- Système d'information

  Est-il possible de développer un système capable de fournir des indicateurs stratégiques?

- Ressources

  Quelles sont les moyens les plus efficients pour soutenir le développement de ressources au Nunavik (hébergement, département et lits psychiatriques), incluant la rétention des ressources humaines?

  Des négociations sont-elles envisageables avec le MNQ pour qu'il accueille des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants (stabilisés)?

- Coordination

  Quelle structure formelle, incluant secrétariat et équipe de soutien, faut-il mettre sur pied pour assurer une coordination efficace entre tous les psychiatres, quel que soit leur champ de spécialisation et leur provenance, incluant les autres intervenants?

  Quel contenu doit être inclus dans un protocole et quel degré de précision doit être atteint?

BIBLIOGRAPHIE

Anthony, William A. (2002) Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 102-113. (à garder?)

Assante, Beethoven. *Description d'une ressource en santé mentale.* Inukjuak : Centre de réintégration.

Brassard, Diane; en collaboration avec Pierre Provencher et Normand Lauzon (1999) *Tableau de bord évolutif en santé mentale pour la région de Montréal-Centre.* Montréal : RRSSS Montréal-Centre, Service des études et de l'évaluation. Document de travail.

Breton, Madeleine et Nathalie Brière (2001) *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000.* Québec : MSSS.

Breton, Madeleine et Nathalie Brière (2001) *Transformation des services de santé mentale : état d'avancement du plan d'action de décembre 1998.* Québec : MSSS.

Carling, Paul J. (2002) Un système à rétablir. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 114-127. (à garder?)

CHUM, RRSSS Nunavik et Montréal-Centre (2001) *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik – Entente de services.*

Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux (1991) *Plan régional d'organisation des services en santé mentale.*

Cooney, Maureen (2002) *Present state of mental health services in Nunavik.* Document de travail. En collaboration avec Beethoven Assante. Kuujjuaq : RRSSS Nunavik.

Corin, Ellen (2002) Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix? In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 65-82. (à garder?)

Fisher, Daniel B. et Laurie Ahern (2002) PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 128-139. (à garder?)

Gauthier, Anne (1998) *Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche évaluative.* Collection Études et analyses. Québec : MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Gauthier, Anne; Madeleine Breton, Sylvie Dillard et Mireille Fillion (1998) *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale.* Québec : MSSS.

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (1993) *Concertation et continuité de soins en santé mentale : trois modèles montréalais.* Montréal : Université de Montréal.

Hudon, Francine (2001) *Setup of an integrated system for persons suffering from major psychiatric problems.*

Inuit Tapirisat of Canada (2001) *Inuit-specific mental wellness framework.* First draft

Jetté, Mireille (sous la dir.) (1994) *Et la santé des Inuits, ça va? : Rapport de l'enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik,* tomes 1-2. Montréal : Santé Québec.

Kirmayer, Laurence J.; Christopher Fletcher, Ellen Corin et Lucy Bothroyd (??) *Inuit concepts of mental health and illness : an ethnographic study.* Montréal : Culture and mental health research unit, Report No 4.

Latimer, Éric (1998) *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves.* Montréal : Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec.

Latimer, Éric (2000) *Cadre de référence : le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves.* Montréal : Association des hôpitaux du Québec.

Lauzon, Gilles et Yves Lecomte (2002) Rétablissement et travail. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 7-34. (à garder?)

Lauzon, Normand (2000) *Tableau de bord de services de santé mentale : document d'information.* Montréal : RRSSS Montréal-Centre, Service des études et de l'évaluation.

Mead, Shery et David Hilton (2002) Voies nouvelles en psychiatrie. Situation de crise et soutien entre pairs. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 83-101. (à garder?)

Mental Health Working Group (2002) *Comprehensive culturally appropriate mental wellness framework.* First Nations and Inuit, discussion document

Module du Nord québécois (2002) *Rapport annuel 2001-2002.*

MSSS (2002) *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale.* Québec : Direction générale des services à la population, MSSS.

Petawabano, Bella A.; Éric Gourdeau, Francine Jourdain, Aani Palliser-Tulugak et Jacqueline Cossette, en collaboration avec Claude Bouchard (1994) *La santé mentale et les autochtones du Québec.* Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Provencher, Hélène L. (2002) L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°1, printemps, p. 35-64. (à garder?)

RRSSS Estrie (2001) *Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts, etc.* Direction de la santé publique et de l'évaluation, RRSSS Estrie, octobre 2001.

RRSSS Montréal-Centre (2001) *Évaluer pour s'améliorer. Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2000.* En collaboration avec Zins, Beauchesne et associés. Montréal : RRSSS Montréal-Centre

RRSSS Montréal-Centre (1997) *Orientations pour la transformation des services de santé mentale. Rapport de consultation.* Montréal : RRSSS Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation.

RRSSS Montréal-Centre (1995) *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers.* Montréal : Direction des relations avec la communauté, RRSSS Montréal-Centre.

RRSSS Montréal-Centre (1994) *Résultats de l'enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.* Rapport sommaire – Principales constatations. En collaboration avec le Groupe SECOR et Zins, Beauchesne et Associés. Montréal : RRSSS Montréal-Centre.

RRSSS Nunavik (2003) *Rapport annuel 2002-2003.*

RRSSS Nunavik (2002) *An act respecting the protection of persons whose mental state presents a danger to themselves or to others (Q.R.S. c. P-38.001) Status report and action plan.*

RRSSS Nunavik (2002) *Rapport annuel 2001-2002.*

RRSSS Nunavik (2001) *Rapport annuel 2000-2001.*

RRSSS Nunavik (2000-2001) *Bulletin d'information de la RRSSS Nunavik.* Vol. 5, n° 1 / vol. 6, n° 1.

Streit, Yvonne (2003) *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik – Entente de services. Rapport intermédiaire d'évaluation.* Montréal : Service des études et de l'évaluation, Direction de l'information et de la planification, RRSSS Montréal-Centre.

Streit, Yvonne (2001) *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik – Entente de services. Devis d'évaluation.* Montréal : Service des études et de l'évaluation, RRSSS Montréal-Centre.

Test, Mary Ann (1998) Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. In : *Santé mentale au Québec,* vol. 23, n° 2, automne 1998, p. 119-147.

White, Deena; Lyne Jobin, Danielle McCann et Paul Morin (2002) *Sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale.* Québec : Les Publications du Québec.

Divers documents (procès-verbaux, comptes-rendus, lettres, etc.) en lien avec les échanges concernant les services spécialisés en psychiatrie à Montréal pour la population du Nunavik, 1996-2003, Service en santé mentale, RRSSS Montréal-Centre.

Santé mentale au Québec (2002) Dossier 1 : Rétablissement. Dossier 2 : Travail. Vol. 27, n°1, printemps 2002.

Peuples des Grands Nords. Traditions et transitions. (1995) Textes recueillis par Anne-Victoire Charrin, Jean-Michel Lacroix et Michèle Therrien. Presse de la Sorbonne Nouvelle, Institut national des langues et civilisations orientales.

ANNEXE I – RÉPARTITION DES RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES PAR OBJECTIF

Objectifs	RRSSS Nunavik	RRSSS Montréal-Centre	CHUM
Supporter, *dans la région du Nunavik,* la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.	Voit aux services d'interprètes au Nord et au Sud, lorsque requis.	Collabore à l'organisation et à l'évaluation des services dans la région.	✓ **Sensibilise et forme des résidents et autres professionnels du Sud pour des services au Nunavik.**
Dispenser, *dans la région du Nunavik,* des services de traitements psychiatriques aux adultes et aux jeunes.	✓ **Organise des services de réadaptation et de réinsertion, incluant l'hébergement, pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants.** ✓ **Organise, si pertinent et après étude, une instance légale et régionale tel qu'un département de psychiatrie régional qui comprendrait les psychiatres oeuvrant au Nunavik.** ✓ **Installe, si pertinent, 1-2 lits de psychiatrie dans un établissement de santé du Nord dans le cadre d'un programme fonctionnel et technique d'élaboration.** ✓ **Peut requérir les services de consultation du psychiatre coordonnateur ou d'autres professionnels du CHUM, afin de favoriser l'organisation des services dans la région; elle en assume la rémunération.** ✓ Collabore pour faciliter, auprès du MSSS et de la RAMQ, les aménagements requis pour la rémunération des médecins. ✓ Accorde 2-3 postes de psychiatres, hors contingentement au CHUM, en contrepartie des services fournis dans le cadre de cette entente par ce CH.	✓ Appuie la RRSSS Nunavik, si elle le demande, auprès des instances MSSS et RAMQ, pour faciliter l'organisation des services décrits dans cette entente. ✓ Approuve et appuie la nomination des médecins hors contingentement au CHUM.	✓ **Augmente le temps des services des psychiatres au Nunavik (actuellement, env. 65 jours) de 30 jours de plus par effectif psychiatrique, soit à un total de 125 jours pour 2 médecins ou de 155 jours, s'il y en a 3.** ✓ Dessert en priorité la clientèle adulte. La clientèle des jeunes recevra certains services; cependant, la couverture sera plus complète si les trois effectifs sont recrutés. ✓ **Désigne un psychiatre responsable de la coordination des psychiatres oeuvrant pour le Nunavik, indépendamment de leurs régions d'origine.** ✓ **Attribue, à ce médecin, la responsabilité de coordonner les transferts des usagers du Nunavik avec l'omnipraticien concerné ou avec le psychiatre itinérant qui les a évalués.**

Objectifs	RRSSS Nunavik	RRSSS Montréal-Centre	CHUM
Assurer l'accès, *dans la région de Montréal-Centre,* à des services d'hospitalisation psychiatrique aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoires et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.	✓ **Développe les ressources d'accueil des personnes suite à leur hospitalisation dans la région de Montréal.**	En appui à la RRSSS Nunavik, augmente de 2 le nombre de lits du CHUM dans le cadre des travaux d'organisation des services de 3e ligne et des travaux d'équité. **Organise, avec le concours de la RRSSS Nunavik, une ou plusieurs rencontres relatives aux cas déjà traités au Douglas qui pourraient faire l'objet d'un examen commun entre les médecins du Nunavik et les psychiatres concernés du Douglas et du CHUM** pour identifier précisément la clientèle qui : - nécessitera le retour au Douglas advenant une réhospitalisation; - pourrait être hospitalisée au CHUM et, - devrait faire l'objet d'une attention particulière au moment de la crise quant à la destination pour l'hospitalisation.	✓ **S'engage à accepter, avec diligence, les demandes d'hospitalisation qui lui sont formulées et qui apparaissent justifiées en tenant compte du contexte du Nunavik; les critères cliniques et organisationnels pour l'hospitalisation feront l'objet de discussions entre médecins du Sud et du Nord.** ✓ **Offre les services d'hospitalisation aux adultes (équivalent 2 lits/an) en français et en anglais.** ✓ **Fournit les services ambulatoires, lorsque cliniquement requis, avant le retour de l'usager au Nunavik.**
Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du Module Nord travaillant à Montréal.	✓ S'assure, via le module Nord, du développement et du fonctionnement des services d'accueil, de liaison et de suivi, dans la région de Montréal-Centre, des usagers y séjournant aux fins de traitements; nomme une personne de référence. ✓ Assume les frais de transport. ✓ **Organise, via le module du Nord, les services d'hébergement temporaire à Montréal, lorsque requis.** ✓ **S'assure que les intervenants du Nunavik reprennent promptement les patients pour un retour au Nunavik ou en hébergement dans une ressource locale du Sud coordonnée par le module du Nord, lorsque l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par le médecin du CHUM.**		✓ Maintient la disponibilité des médecins pour des consultations subséquentes relatives à ces usagers. ✓ **Établit des ententes de collaboration de services avec les partenaires du Sud et du Nord dans les cas de co-morbidité (par ex. : déficience intellectuelle, toxicomanie, etc.)**

ANNEXE II – POINTS SAILLANTS (novembre 2001 à décembre 2002)

Objectif 1 : Supporter, *dans la région du Nunavik*, la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.

- ✓ Unique organisme identifié spécifiquement en santé mentale : Centre de réintégration à Inukjuak;
- ✓ Absence de groupe d'entraide, d'équipe en santé mentale, de protocole ou d'entente.

Objectif 2 : Dispenser, *dans la région du Nunavik*, des services de traitement psychiatriques aux adultes et aux jeunes.

- ✓ Manque de ressources non seulement pour les adultes, mais aussi pour les jeunes;
- ✓ Disponibilité de quelques familles d'accueil;
- ✓ Centre de réintégration : hébergement, centre de jour, suivi de la médication;
- ✓ Centres de santé : mal équipés pour recevoir des patients psychiatrisés et absence de lit psychiatrique;
- ✓ Psychiatres itinérants;
- ✓ Projets en voie de développement : appartements supervisés à Inukjuak, centre de crise à Puvirnituq et démarrage de la télé-psychiatrie.

Objectif 3 : Assurer l'accès, *dans la région de Montréal-Centre*, à des services d'hospitalisation psychiatriques aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoire et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.

- ✓ Disponibilité de 2 lits psychiatriques par année;
- ✓ Ratio d'occupation de 1,4 (10 patients);
- ✓ 14 patients du Nunavik hospitalisés pour des raisons psychiatriques;
- ✓ Absence de ressource de transition et de réadaptation.

Objectif 4 : Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du MNQ travaillant à Montréal.

- ✓ Absence de ressource d'hébergement à Montréal;
- ✓ Préparation du congé par la travailleuse sociale du CHUM en collaboration avec les familles et les divers intervenants impliqués;
- ✓ Rapport médical remis au médecin traitant au Nunavik par le MNQ (à transmettre également aux services sociaux);

- ✓ Continuité des services difficile à assurer en lien avec la rotation des omnipraticiens et la difficulté de rejoindre les psychiatres au Sud;
- ✓ Consultations psychiatriques de suivi par téléphone ou lors des visites au Nunavik;
- ✓ Absence de protocole.

En lien avec le projet pilote rattaché à l'entente de services psychiatriques tripartite, des efforts soutenus devront être consentis afin de réaliser les objectifs ciblés par les signataires. Une attention particulière doit être apportée aux points suivants pour que le projet ne se résume pas uniquement à la disponibilité et à l'accessibilité à deux lits psychiatres, ainsi qu'aux visites de psychiatres itinérants :

- ➢ Absence de structure et de support logistique (bureau, secrétariat, téléphone) pour la réalisation du projet;
- ➢ Absence de définition clinique et de protocole;
- ➢ Manque de disponibilité tant au Sud qu'au Nord (ressources humaines, financières);
- ➢ Recrutement des spécialistes non centralisé;
- ➢ Communication et circulation des informations à promouvoir (éviter la multiplication des intermédiaires);
- ➢ Absence de système d'informations.

ANNEXE III - CONCEPT DE SERVICE[11]

Relation avec l'usager	Prestation de service sous l'angle professionnel	Organisation du service
Humanisation Personnalisation du service	Façon de livrer l'expertise recherchée	Environnement du service
<u>Dimensions</u>	<u>Dimensions</u>	<u>Dimensions</u>
Dignité Intimité Empathie	Fiabilité Apaisement Responsabilisation Solidarisation	Facilité Continuité Accessibilité Rapidité Confort

<u>Définitions</u> :

<u>Le secteur relationnel</u>

Dignité	Respect et considération que mérite une personne. Implique une acceptation de la différence.
Intimité	Assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Requiert un environnement physique confortable et des comportements empreints d'attention et de discrétion.
Empathie	Exprime notre compréhension de ce que l'autre ressent. Implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.

<u>Le secteur professionnel</u>

Fiabilité	Assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables (temps, environnement), tel que promis de façon implicite ou explicite. Implique compétence, cohérence et rigueur.
Apaisement	Capacité à calmer, rassurer une personne, lui apporter la sérénité.
Responsabilisation	Tout ce qui peut concourir à l'accroissement de l'autonomie de quelqu'un et de sa capacité à prendre des initiatives, à assurer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.

---

[11] RRSSS, 1994 et 1995

Solidarisation	Tout ce qui peut favoriser le recours à l'entourage du client (sa famille, sa communauté) afin de l'impliquer de près ou de loin dans la résolution d'un problème.

Le secteur organisationnel

Facilité	Simplicité d'utilisation et de compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. La simplicité concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention), que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.
Continuité	Assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information.
Accessibilité	Possibilité d'accès sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la culture.
Rapidité	Temps de réaction à une demande plus ou moins longue selon les attentes et les besoins du client.
Confort	Sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre et ordonné et d'équipement parfaitement adaptés aux différentes situations.

ANNEXE IV – RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE/ PSYCHIATRIE AU NUNAVIK

	Baie d'Ungava		Baie d'Hudson	
Centre de santé	Tulattavik	Kuujjuaq	Inuulitsivik	Puvirnituq
CLSC	Points de services dans les autres villages	Kuujjuaq	Points de services dans les autres villages	Puvirnituq
Réadaptation pour adultes			*Centre de réintégration**	*Inukjuak*
Centre de traitement des toxicomanies	Pour adultes : Isuarsivik	Kuujjuaq	Pour jeunes : Aanarraapik	Inukjuak
Refuge pour femmes	Arnautiit	Kuujjuaq	Initsiak	Salluit
			Tunngavik	Kuujjuarapik
Réadaptation pour jeunes	Foyer de groupe Saturvik	Kuujjuaq	Foyer de groupe Uvikait Illiqutingat Puvirnituni POV	Puvirnituq
			Centre de réhabilitation Sapumivik	Salluit

* *Population desservie* Adultes (plus de 18 ans) diagnostiqués comme souffrant de problèmes de santé mentale sévères et persistants et/ou de déficience intellectuelle.

Mission Développer les compétences nécessaires pour s'intégrer dans leur communauté et accroître la qualité de vie des individus, des familles et des communautés.

Service résidentiel Placement à court terme (3-6 mois) et à long terme (1-2 ans); Intervention de crise (max. 1 semaine); Répit (3 mois).

Services externes Programme de jour; suivi dans la communauté/soutien. Des sessions de guérison sont offertes par les anciens aux participants du programme de jour.

Formation Une vingtaine d'Inuits est formée sur le terrain comme éducateurs spécialisés. Une des difficultés rencontrées par les Inuits face à la fonction d'éducateur, qui n'est pas implantée dans leur culture, est celle de poser des limites à leurs pairs, surtout si ceux-ci sont plus âgés.